

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Année 1929

N° 1

THÈSE

POUR LE

Doctorat Vétérinaire (Diplôme d'Etat)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

PAR

J. FAUDEMER *Jean*

Né le 20 Septembre 1906 à Saint-Lô (Manche)
Diplômé de l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort

L'Hystérectomie abdominale chez les Carnivores domestiques

JURY { *Président* : M. JEANNIN, Pr à la Faculté de Médecine de Paris.
 { *Assesseurs* { M. COQUOT, { professeurs à l'Ecole Nationale
 M. ROBÍN, { vétérinaire d'Alfort.

PARIS

Éditions de la Revue " NOS ANIMAUX "

8, Rue des Saints-Pères, 8

1929

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE D'ALFORT

Année 1929

N° 1

THÈSE

POUR LE

Doctorat Vétérinaire (Diplôme d'Etat)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

PAR

J. FAUDMER

Jean

Né le 20 Septembre 1906 à Saint-Lô (Manche)
Diplômé de l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort

L'Hystérectomie abdominale chez les Carnivores domestiques

JURY { *Président* : M. JEANNIN, *Pr* à la Faculté de Médecine de Paris.
 { *Assesseurs* { M. COQUOT, { professeurs à l'Ecole Nationale
 { M. ROBIN, { vétérinaire d'Alfort.

PARIS

Éditions de la Revue " NOS ANIMAUX "

8, Rue des Saints-Pères, 8

1929

Personnel enseignant de l'École Vétérinaire d'Alfort

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE.

Directeur : M. E. NICOLAS.

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général honoraire des Ecoles Vétérinaires, P.-J. CADIOT, R. RAILLIET, H. VALLÉE.

PROFESSEURS ET CHARGES DE COURS

	MM..
Anatomie descriptive des animaux domestiques .	BRESSOU.
Physiologie, thérapeutique générale	MAIGNON.
Physique et chimie médicales, toxicologie, pharmacie	NICOLAS.
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique; zoologie	HENRY.
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers; clinique; séméiologie et propédeutique, jurisprudence	ROBIN.
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure	COQUOT.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique; médecine opératoire, obstétrique	MOUSSU.
Pathologie générale et microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire, clinique .	PANISSET.
Histologie et embryologie, anatomie pathologique autopsies	PETIT.
Zootéchnie et économie rurale	DECHAMBRE.
Agronomie, botanique et hygiène; matière médicale	} DECHAMBRE. ET HENRY.
Industrie et contrôle des produits d'origine animale	
	VERGE.

AGRÉGÉS

MM. LESBOYRIES - VERGE

CHEFS DE TRAVAUX

MM. DELMER. MM. MONVOISIN.
LESBOUYRIES. MOUSSU (R.)
M. VERGE.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.



A MES PARENTS

*qu'ils trouvent dans cette thèse
une preuve de toute ma recon-
naissance et de ma grand^e
affection.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

qui nous a fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COQUOT

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET CLINIQUE

Témoignage de profonde reconnaissance pour l'aide bienveillante qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR V. ROBIN

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE ET CLINIQUE

Témoignage de notre admiration et de notre reconnaissance.

A MONSIEUR R. MOUSSU

CHEF DE TRAVAUX

A LA CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

En reconnaissance des conseils dévoués qu'il nous a si cordialement donnés.

A TOUS MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ALFORT

INTRODUCTION

L'hystérectomie est une opération d'avenir pour notre chirurgie canine. De plus en plus elle tend à se placer au premier rang en raison de la diversité de ses indications et de la fréquence des cas que le vétérinaire est appelé à rencontrer.

Hier encore, l'hystérectomie était réputée comme très dangereuse et peu de praticiens se hasardaient à y recourir en raison de nombreux échecs essuyés au cours des premières tentatives.

La pratique courante nous a permis de constater que l'hystérectomie a une valeur thérapeutique certaine.

De nombreux procédés bons et mauvais ont été étudiés successivement et vantés par leurs auteurs, mais aucune règle précise n'a encore été établie. Ce n'est pas la routine qui doit guider le praticien, mais l'ensemble des faits qui se présentent devant lui. L'hystérectomie répond à des indications trop différentes pour être toujours semblable à elle-même et justifiable de procédés identiques. Nous insistons parti-

culièrement sur ce point que, le même procédé, quelque parfait qu'il soit, ne saurait convenir à tous les cas et il est pour chaque cas particulier un procédé préférable à tous les autres. Le praticien doit les connaître pour en tirer le meilleur parti possible.

Nous les étudierons successivement et nous chercherons à choisir les meilleurs et les plus logiquement applicables suivant les indications.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

L'ancêtre de l'hystérectomie est sans contredit l'opération césarienne dont l'origine est très ancienne. Cette opération était pratiquée sur les femelles agnissantes, afin de chercher à obtenir le fœtus encore vivant. Ce n'est qu'en 1500 que la première opération fut pratiquée sur le vivant par un châtreur de cochons qui opéra sa propre femme avec succès. Depuis lors des progrès constants furent réalisés, mais ce n'est qu'à partir de 1870 que l'hystérectomie commence à se pratiquer couramment.

En Médecine Vétérinaire, on fut appelé à pratiquer cette opération lors d'obstacle au part sur des femelles dont le petit avait une réelle valeur. Bourgelat le premier en a parlé à propos des femelles domestiques. Il obtint quelques succès si l'on admet toutefois qu'il pratiqua l'opération. Il semble que ce soit Morange qui en 1813 ouvrit la série de opérations.

Depuis lors l'intervention fut pratiquée avec plus

ou moins de succès. Puis s'inspirant des méthodes nouvelles employées en chirurgie humaine, les vétérinaires se décidèrent à tenter l'hystérectomie. Liénaux, de Cureghem, signala ses premières observations en 1895. Bouchet, Post, Chanier, Bergeon, Charmoy signalèrent par la suite des interventions par des procédés différents. Le procédé du professeur Coquot marque la dernière étape dans l'étude de cette opération.

ANATOMIE CHIRURGICALE

Avant de décrire la morphologie de l'utérus, précisons les détails anatomiques essentiels de la paroi abdominale. La région qui nous intéresse ici est la partie située entre le pubis et l'ombilic : la ligne blanche. Après avoir fait, suivant une ligne médiane, une incision sur la peau du pubis jusqu'à l'ombilic, on découvre une partie fibreuse, longitudinale et essentiellement médiane, formée par trois aponévroses fusionnées (grand oblique, petit oblique, et aponévrose du transverse). La ligne blanche apparaît sous la forme d'une corde longitudinale de trois à cinq millimètres de largeur. De chaque côté, entre les aponévroses des obliques de l'abdomen et du transverse, se trouvent les fibres musculaires du grand droit.

C'est sur cette ligne blanche que le bistouri doit tracer la deuxième incision. On tombe alors sur la séreuse péritonéale qui est accolée à la partie interne de la paroi.

L'utérus. — L'utérus comprend d'avant en arrière les ovaires, les cornes, le corps, le col terminé par le vagin.

Les ovaires. — Ce sont deux petits organes ovalaires, à surface bosselée. Ils sont inclus chacun dans un repli péritonéal appelé bourse ovarique où ils disparaissent dans la graisse. Il est nécessaire d'inciser cette bourse pour les voir. Ils sont situés très en avant, entre la dernière côte et l'angle externe de l'ilium. L'ovaire gauche est situé plus en avant que l'ovaire droit. Il atteint la face ventrale du rein gauche tandis que l'ovaire droit se trouve un peu en arrière du rein droit.

Les Trompes de Fallope. — Elles sont courtes, entourées de graisse et logées dans un repli péritonéal dit « pli de la trompe de Fallope ». Elles sont en rapport avec l'ovaire par un large orifice plissé appelé pavillon et avec l'utérus par un étroit orifice.

Les Cornes. — Elles partent de la 3^e ou 4^e vertèbre lombaire. Leur longueur est de douze à quinze centimètres. Écartées comme les dents d'une fourche, elles sont en rapport en dedans avec le rectum et le colon descendant, en dehors avec la paroi abdominale. Pendant la grossesse les cornes s'allongent et souvent se replient; elles sont alors couchées sur la paroi abdominale et atteignent le foie.

Le Corps, le Col, le Vagin. — Les cornes s'unissent en arrière pour former le corps de l'utérus long de trois à quatre centimètres. Ce corps présente à sa partie postérieure une section plus étroite qui le réunit au

vagin et qu'on appelle le col de l'utérus. Cette partie est cylindrique, épaisse, pourvue d'un canal étroit le canal cervical, qui fait communiquer le vagin et l'utérus. Le col est recouvert d'une muqueuse plissée et sa partie postérieure forme une papille conique, appelée museau de tanche. Le vagin est relativement long : il se trouve dans le tiers inférieur de la cavité pelvienne ; il est placé entre le rectum et la vessie. L'extrémité antérieure du vagin dépasse souvent le bord antérieur du pubis de 3 à 4 centimètres. A l'état normal, le vagin est étroit, dur et de la grosseur d'un crayon. L'extrémité postérieure constitue la vulve.

Moyens de fixité. — Ils sont au nombre de deux. L'un fixe, très résistant : c'est l'insertion vaginale du col. L'autre plus fragile, formé par les ligaments larges et les pédicules utéro-ovariens. Ces ligaments sont formés par deux replis péritonéaux qui, venant de la région sous-lombaire (4^e vertèbre) s'attachent aux ovaires, aux trompes de Fallope, au bord externe des cornes utérines et enveloppent ces organes. Les ligaments des deux côtés opposés se confondent près du col en passant par dessus l'espace qui sépare les deux cornes. En dehors, chacun des ligaments larges forme un repli qu'on appelle le ligament rond : il se porte de l'extrémité de la corne vers le canal inguinal, le franchit, et se poursuit jusqu'en dessous du pubis. Sur les chiennes de grande taille, on peut voir un mus-

de grêle accompagner ce ligament sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

Un repli mésentérique ou pli de Douglas se porte du bord latéral de l'utérus et du vagin vers le rectum : il délimite ainsi le cul-de-sac recto-utérin ou cul-de-sac de Douglas. Le cul-de-sac vésico-utérin est limité par les ligaments latéraux de la vessie : il s'étend jusqu'au bord oral du pubis.

Vascularisation. — L'artère utérine vient de l'artère pariétale qui émane de l'artère iliaque. L'artère pariétale passe dans le péritoine du cul-de-sac génito-rectal et aborde le vagin à un travers de doigt en arrière du col utérin. Là elle se divise en deux branches l'une antérieure ou artère utérine qui chemine entre les deux feuillets du péritoine, sur les bords latéraux de l'utérus et qui va s'anostomoser avec l'artère utéro-ovarienne. Elle est accompagnée dans son trajet par la veine utérine. L'autre branche postérieure est très courte. Il n'y a pas d'artère du ligament rond comme chez la femme.

Conséquences chirurgicales. — L'insertion vaginale de l'utérus est un moyen de fixité très important. A l'encontre de la pratique de la chirurgie humaine, il est impossible de pratiquer l'hystérectomie vaginale chez la chienne et la chatte. L'étroitesse du vagin, sa longueur, son épaisseur, offrent un premier obstacle à l'abaissement de l'utérus. Le ligament rond et

les ligaments larges rendent impossible cet abaissement.

Dans l'hystérectomie abdominale, l'utérus est très facilement accessible et l'opérateur pourra pratiquer à son aise soit l'hystérectomie totale, soit l'hystérectomie subtotale.

La disposition des ligaments larges et celle du péritoine au niveau du cul-de-sac de Douglas rendent possible la péritonisation du moignon à condition toutefois que ce péritoine soit suffisamment solide et qu'il puisse résister aux tiraillements que l'opération nécessite.

Chez la femme, l'uretère est couché dans la base du ligament large et tout près de l'artère utérine qui est au devant de lui à deux ou trois centimètres de la partie latérale du corps utérin; il croise ensuite l'artère en passant au dessous d'elle. C'est une disposition anatomique délicate et qui a causé quelques accidents. Chez la chienne et la chatte, l'uretère est nettement séparé de l'artère utérine et sa position est si bien définie qu'il serait difficile de l'atteindre

INDICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE

Le rôle physiologique de l'utérus expose cet organe à des affections dont le traitement médical est souvent difficile en raison de l'étroitesse et de la profondeur des voies génitales. Pour beaucoup de ces affections, la cure chirurgicale est le seul moyen efficace d'intervention, le seul qui puisse amener une guérison radicale et rapide en même temps. Le vétérinaire doit les connaître pour appliquer dès le début le traitement qui convient. Nous allons examiner les principales indications de l'hystérectomie en les classant comme suit :

- 1° affections ou accidents antérieurs au Part
- 2° — — — au moment du Part
- 3° — — — consécutifs au Part

A) Affections ou accidents antérieurs au Part.

Rupture de la matrice. — Au cours de la gestation, on peut voir survenir des ruptures de la matrice sous des causes diverses : causes internes, distensions et fragilités des parois; causes externes, contusions et contractions violentes. Les ruptures peuvent être

longitudinales ou transversales. La femelle présente rapidement des symptômes alarmants qui exigent une intervention rapide.

L'hystérocèle. — Le déplacement de la matrice se fait soit à travers une ouverture accidentelle, soit le plus souvent par l'anneau inguinal. Il peut être dû à un relâchement des aponévroses ou à des coups, des contractions violentes. La longueur et la mobilité des cornes, leur voisinage avec les parois abdominales, expliquent comment ces hernies peuvent se produire. Il se forme une petite tumeur indolente, molle, plus ou moins facilement réductible, qui reste stationnaire et n'altère pas la santé de la femelle. Ordinairement l'hystérocèle n'apporte pas de symptômes alarmants. Dans beaucoup de cas, au moment de la conception, un ou plusieurs ovules fécondés peuvent s'arrêter dans la partie herniée et s'y développer. Le fœtus se forme et continue à vivre jusqu'au moment du part. La tuméfaction augmente de jour en jour. Au moment de l'accouchement, l'utérus se contracte, mais ne va pas pouvoir regagner la cavité abdominale. Le fœtus va rester inclus dans la partie herniée ce qui amène fatalement des complications.

B) Affections ou accidents au moment du part.

Les dystocies. — Elles sont fréquentes. L'accouchement peut être rendu impossible par des causes

qui dépendent les unes de la mère les autres du fœtus.

a) *Dystocies maternelles.* — L'angustie pelvienne vient en premier lieu : elle est due soit à la déformation du bassin, soit à une exostose, une fracture ou des tumeurs. Les déplacements et changements de rapport de l'utérus, parmi lesquels la hernie de l'utérus intervient pour beaucoup, apportent un obstacle sérieux au part. Il en est de même des altérations morbides des organes génitaux.

b) *Dystocies fœtales.* — L'excès de volume des fœtus est souvent constaté chez nos petits animaux. Il est dû le plus souvent à la disproportion qui existe entre le mâle et la femelle au moment de l'accouplement; la race intervient aussi pour beaucoup. Les maladies du fœtus, les monstruosités causent aussi des dystocies. Enfin les présentations jouent un grand rôle

C) Affections ou accidents consécutifs au part.

Déchirures de l'utérus. — Les ruptures peuvent être vues lors d'accouchements laborieux. Les perforations et déchirures surviennent à la suite de manipulations mal pratiquées. Ces accidents ont des suites variables. Une lésion minime peut donner la mort rapidement. L'inoculation septique du péritoine est de règle et l'on voit survenir dans les heures qui suivent soit une péritonite localisée, soit le plus souvent une péritonite généralisée, rapidement mortelle.

Non délivrance. — C'est un accident rare chez nos femelles multipares. Les enveloppes qui n'ont pas été expulsées jouent le rôle de corps étranger et entretiennent une irritation qui peut revêtir les caractères d'une véritable métrite. Elles se putréfient, et par la vulve on voit s'écouler un liquide sanieux, fétide. La femelle perd sa gaieté et sa vigueur.

Métrite aiguë. — Ces métrites sont caractérisées par l'inflammation aiguë de la muqueuse. Le plus souvent elles sont dues à des manœuvres et opérations obstétricales laborieuses. Les lésions essentielles se rencontrent sur l'utérus puis sur le péritoine. La marche de la maladie est rapide : la mort survient soit par septicémie, soit par gangrène. Le passage à l'état chronique est très fréquent.

Métrite chronique. — L'irritation de la muqueuse persiste mais les produits de sécrétion muco-purulente s'accumulent dans la cavité utérine. Puis après un temps assez long, le col de l'utérus se relâche et le pus se trouve rejeté au dehors en grande abondance. Cet écoulement se produit à des intervalles réguliers. La femelle ne peut être fécondée, elle maigrit, devient triste et peut succomber, si elle n'est pas soutenue par un régime approprié. Les cornes utérines peuvent se gonfler et présenter l'aspect d'une vaste poche remplie de pus. Quelquefois aussi, les cornes présentent

de place en place des rétrécissements qui divisent la cavité en de nombreuses petites logettes gonflées par le pus. La muqueuse devient épaisse, à surface tomenteuse et de place en place on peut voir des végétations.

Rétention anormale des fœtus. — Après des efforts de parturition sans résultat, la femelle peut rapidement reprendre les allures de la santé. Mais la putréfaction s'empare des fœtus et il se produit une métrite aiguë. Le plus souvent ces phénomènes présentent d'emblée une allure chronique : un écoulement vulvaire s'établit entraînant des débris de tissus et d'os des fœtus. La femelle maigrit et l'état général devient très mauvais.

Contre-indications de l'Hystérectomie

La glycosurie et l'albuminurie interdisent toute intervention chirurgicale. La métrite tuberculeuse ne doit pas être opérée. On ne doit pas opérer non plus quand la péritonite est déclarée ou quand la femelle est trop débilitée pour pouvoir supporter le choc opératoire.

PREPARATION DU SUJET

La préparation du sujet est une opération importante, aussi le praticien doit y apporter toute son attention. Malheureusement, dans de nombreux cas, l'hystérectomie étant une opération urgente, on ne peut pas toujours la faire avec tous les soins désirables.

Dans le cas de dystocie, on doit opérer le plus vite possible. Auparavant, il faut désinfecter les voies utéro-vaginales. On commence par des injections prolongées de sérum physiologique à la température du corps, puis on utilise un antiseptique quelconque (rejeter les mercuriaux). Dans le cas de déchirure de l'utérus, ces antiseptiques seront remplacés par du sérum physiologique tiède. Il faut ensuite préparer la région opératoire. Pour cela, on couche la femelle sur le dos et on rase la face interne des cuisses, le ventre jusqu'à un travers de main en avant de l'ombilic. On décape ensuite à l'éther et on fait une application de teinture d'iode. Il ne reste plus qu'à pratiquer l'anesthésie.

Quand il s'agit de métrite ou d'affections chroniques de l'utérus, le praticien a toute latitude pour opérer. Aussi la préparation du sujet devient facile. Deux

jours avant la date fixée pour l'intervention, on met l'animal à la diète hydrolactée. La veille on supprime tout aliment. Puis vient le jour de l'opération : on pratique un dernier lavage antiseptique chaud pour favoriser la dilatation du vagin et pour aseptiser la région. Si cette désinfection du vagin ou des premières voies utérines est faite minutieusement, elle augmentera considérablement les chances de succès.

On procède ensuite à la désinfection de la paroi abdominale comme dans le cas précédent.

On doit éviter la réplétion de la vessie, aussi on fera le cathétérisme à moins que la chienne ne vide elle-même sa vessie peu de temps avant l'opération.

Instruments. — Une table d'opérations basculante permettant une inclinaison à 45°.

Deux bistouris : un courbe, un droit. Deux ciseaux droits.

Une sonde cannelée, une longue pince à dissection, six petites pinces pour fixer les champs opératoires huit pinces à forci-pressure à mors plat, deux pinces à dents de souris, une paire d'écarteurs.

Des aiguilles fines à suture : droites et courbes.

Du catgut chromé n° 00, 0, 1 et 2.

De la soie n° 1 et 2.

Les champs opératoires seront des linges bouillis, dont un grand fenêtré. Du coton, des compresses

stériles en quantité suffisante. Sérum physiologique : alcool, éther, teinture d'iode. Matériel pour le pansement.

Anesthésie. — L'anesthésie mérite d'être pratiquée avec beaucoup de soins. L'état de moindre résistance des opérées cause souvent des accidents mortels. Aussi le chloroforme et l'éther doivent être employés avec une grande prudence. La Rachianesthésie offre beaucoup plus de garanties. On se sert à cet effet d'une aiguille de 6 à 8 centimètres de longueur et de 1 mill. de diamètre. L'animal est placé en position sterno-abdominale, le train postérieur replié sous le rebord de la table. On enfonce l'aiguille doucement dans le 6^e espace intervertébral, en arrière de la dernière apophyse épineuse lombaire. On laisse s'écouler une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien et on pousse l'injection très doucement (2 à 4cm³ en plusieurs minutes). On emploie une solution stérilisée de stovaine à 5 %.

L'anesthésie locale pratiquée par injections sur le trajet de la ligne blanche procure une anesthésie souvent très suffisante pour une hystérectomie ne nécessitant pas une durée supérieure à 30 minutes. Nous avons constaté des phénomènes syncopaux mortels à la rachianesthésie sur des chiennes très affaiblies. L'anesthésie locale semble préférable dans ces cas.

Asepsie. — Comme dans toute opération grave, l'asepsie la plus rigoureuse doit être effectuée. On fait bouillir tous les instruments et champs opératoires. L'opérateur et son aide doivent se laver consciencieusement les mains et terminer par l'éther. Tout instrument souillé au cours de l'opération doit être rejeté.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

TECHNIQUE GENERALE DE L'HYSTERECTOMIE

Les différents procédés de l'hystérectomie abdominale se rapportant exclusivement au traitement du moignon, nous traiterons en premier lieu les temps opératoires communs à toute hystérectomie, pour en bien définir la technique. L'étude du traitement chirurgical du moignon sera réservée au chapitre suivant.

Nous allons étudier successivement :

- a) assujettissement. Mise en place des champs opératoires;
- b) la laparatomie;
- c) section des insertions antérieures de l'utérus;
- d) toilette du péritoine. Suture abdominale. Pansement.

Définitions. — L'hystérectomie abdominale est dite totale quand on sectionne le vagin en arrière du col de

l'utérus; elle est dite sub-totale quand on sectionne le corps de l'utérus en avant du col. L'hystérectomie est partielle quand l'ablation porte sur une corne ou une partie d'une corne.

L'hystérectomie se pratique soit de bas en haut ou d'arrière en avant quand on détruit l'insertion vaginale de l'utérus avant les ligaments larges, soit de haut en bas ou d'avant en arrière quand on suit la marche opposée.

Premier temps : Assujettissement. Mise en place des champs opératoires. — Le sujet est fixé sur la table d'opération en position dorsale, aussitôt que l'on remarque les premiers effets de la rachianesthésie. On procède à une dernière désinfection de la paroi abdominale par une application de teinture d'iode. On fixe alors les champs opératoires qui doivent recouvrir complètement l'animal. On laisse une ouverture de un centimètre de largeur, laissant à nu la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. Ces champs sont fixés sur la peau à l'aide de pinces.

On bascule la table d'opération de façon que l'animal soit placé dans la position de Trendelenbourg, c'est-à-dire la tête en bas le corps incliné à quarante-cinq degrés.

On s'assure une dernière fois de l'anesthésie et l'opération commence.

Deuxième temps : *La laparotomie.* — On pratique la laparotomie sous ombilicale. La patiente étant bien immobilisée et anesthésiée, on incise la peau exactement sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. On tombe sur un tissu conjonctif peu abondant. Quelquefois on sectionne en cette région une veine sous-cutanée : il y a lieu de faire l'hémostase même pour une hémorragie minime en raison du danger qu'il y a à laisser pénétrer dans la cavité abdominale le moindre écoulement sanguin. On commence ensuite à attaquer la couche aponévrotique ce qui fait apparaître les deux lèvres des grands droits de l'abdomen que l'on écarte. En région postérieure on saisit avec la pince à dissection la mince couche aponévrotique sous-péritonéale et le péritoine qui y est accolé. Une ponction au bistouri droit limité avec l'index, pratique une boutonnière dans laquelle on introduit le bec de la sonde cannelée pour débrider un peu plus largement. Puis on termine l'incision avec les ciseaux droits en protégeant les viscères avec le doigt. A ce moment il peut se produire une éventration en raison d'une mauvaise anesthésie. Il y a donc grand intérêt à ne commencer l'opération que lorsqu'on est certain de l'anesthésie. Dans ce cas, on mettra à l'animal le masque à éther ce qui permettra par la suite d'opérer tranquillement. En écartant légèrement les lèvres de la plaie, la masse intestinale apparaît; en arrière la vessie que

l'on doit écarter et vider par des pressions légères si son volume est gênant; on la recouvre ensuite de compresses stériles pour éviter sa blessure. Puis on s'occupe des intestins qu'il faut refouler dans la profondeur de façon à ce que non seulement ils ne gênent pas pendant l'opération, mais encore à ce qu'ils restent protégés contre toute infection. On se servira à cet effet de compresses stériles. Et maintenant, le praticien, ayant sous ses yeux l'intérieur du bassin largement ouvert, grâce aux écarteurs, et bien éclairé, se trouve dans les meilleures conditions pour opérer. Telle est la première étape de toute hystérectomie abdominale : elle est toujours semblable à elle-même. Une bonne laparotomie faite rapidement et aseptiquement, est un des meilleurs facteurs de la réussite.

Troisième temps : *section des ligaments larges et utéro-ovariens.* — Dans tous les procédés, comme nous le verrons par la suite, sauf dans celui par péritonisation du moignon, il y a intérêt à attaquer l'utérus d'avant en arrière car il est libre, mobile, et facile à attirer dans tous les sens. En chirurgie humaine on conseille de détruire d'abord le moyen de fixité de l'utérus le plus important qui est l'insertion vaginale : on opère alors de bas en haut. Sur nos petits animaux, il est infiniment plus facile pour la suite de l'opération de libérer au début l'utérus de ses insertions antérieures.

Nous conseillons donc d'attaquer l'utérus de haut en bas.

On place sur chaque lèvre de la plaie un écarteur. L'écarteur à valves de Doyen serait très pratique mais il ne peut servir dans tous les cas, en raison de la différence de taille des opérées. On emploiera simplement des érignes plates dont chaque branche sera tenue par un aide pendant toute la durée de l'opération. Cela nécessite un personnel nombreux; aussi, quand l'anesthésie est bien faite, on peut laisser libres les lèvres de la plaie, une fois que l'utérus a été attiré au dehors.

On saisit le corps de l'utérus et en remontant le long de chaque corne vers les ovaires, on isole complètement l'organe. On place au-dessous de lui des compresses stériles qui ferment la cavité abdominale et empêchent l'infection à la suite des manœuvres consécutives.

Il faut saisir chaque pédicule utéro-ovarien : à l'aide d'une aiguille de Reverdin, on applique une ligature au catgut. Il suffit alors de placer une pince entre l'ovaire et la ligature en ayant soin de serrer en même temps l'artère utéro-ovarienne. A l'aide d'un bistouri on sectionne entre la pince et la ligature, puis en prenant à pleine main la corne utérine, on sectionne le ligament large d'avant en arrière au-dessus de l'artère utérine : on emploie pour cela les ciseaux droits. On

pratique la même opération sur la corne opposée. On prolonge la section des ligaments larges en avant ou en arrière du col suivant la méthode de traitement du moignon que l'on désire employer.

L'opérateur arrive alors au temps le plus délicat de l'opération : le traitement chirurgical du moignon qui fait l'objet du chapitre suivant.

Dernier temps : *toilette du péritoine. Suture abdominale. Pansement.* — Une fois l'opération terminée sur l'utérus, le chirurgien doit pratiquer une toilette minutieuse du péritoine. Il faut éponger avec des tampons aseptiques tous les liquides qui ont pu s'écouler. Cette précaution n'est pas nécessaire si durant l'opération les compresses ont été renouvelées et si le chirurgien a bien isolé l'utérus de la cavité abdominale. On lave le péritoine qui a été souillé, avec du sérum physiologique et mieux avec le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée. Il faut ensuite s'assurer de l'hémostase : vérifier la ligature des pédicules utéro-ovariens et examiner le moignon utérin. L'écoulement sanguin dans le péritoine est très préjudiciable aux bonnes suites de l'opération, en raison des dangers d'infection. On doit renforcer toute ligature insuffisante. Enfin avant d'occlure la cavité abdominale, il faut voir si aucune compresse n'a été oubliée à l'intérieur.

L'opérée étant toujours en position inclinée, on

pratique la suture abdominale. À ce sujet il est bon de rappeler que la soie doit être réservée exclusivement à la suture de la peau. Des accidents post-opératoires ont été maintes fois signalés : apparition de petits abcès nodulaires au niveau de chaque point de suture musculaire. On évitera la digestion trop rapide du catgut par l'emploi de catgut à résorption lente (néo-catgut, brady-catgut) n° 1 et 2. La suture abdominale doit se faire à trois plans de suture.

Deux plans seulement exposent à l'éventration.

Le premier plan profond intéresse la séreuse et l'aponévrose du transverse. Le deuxième plan musculo-aponévrotique. Le troisième plan : suture de la peau à la soie n° 2.

Les chefs de chaque suture cutanée sont conservés pour fixer un drain de gaze sec. On enlève alors les champs opératoires et après avoir lavé à l'éther les pourtours de la plaie, on termine le pansement par une quantité suffisante de gaze et de coton maintenue par une toile.

Chez la chatte et les chiennes de petite taille, on peut employer une large bande de flanelle que l'on enroule autour du ventre en la passant entre les pattes.

Chez les chiennes de grande taille, il faut mettre le tablier de cuir. Une précaution importante consiste à maintenir la bête muselée efficacement pendant les jours qui suivent l'opération et à la surveiller attentivement dès qu'on enlève la muselière.

CHAPITRE II

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU MOIGNON.

Après l'étude de la technique générale de l'hystérectomie abdominale que nous venons de faire, nous envisageons dans ce chapitre tous les différents procédés qui ont été employés pour le traitement du moignon. Nous estimons qu'une étude spéciale est nécessaire pour le temps opératoire le plus important. C'est de ce traitement en effet que dépend le plus généralement la guérison de l'animal : aussi est-il nécessaire de les connaître tous pour en tirer le meilleur parti.

Les modes opératoires que nous allons étudier sont :

La Marsupialisation du Moignon.

La Cautérisation —

La Mortification —

La Ligature Simple —

L'Invagination —

L'Enfouissement —

La Péritonisation —

Marsupialisation du moignon.

Cette opération fut pratiquée la première fois par Porro en 1876, sur une femme atteinte d'un rétrécissement du bassin, après des expériences réitérées sur des chiennes. Porro ayant ouvert le ventre, sectionna l'utérus sur la ligne médiane, retira l'enfant et le placenta, jeta une ligature en dessous du corps, enleva l'utérus et ses annexes et fixa le pédicule à la partie inférieure de la plaie abdominale. La femme guérit et l'enfant vécut. Cette opération eut un grand retentissement. Successivement la ligature élastique et le fil de fer furent employés pour assurer l'hémostase définitive du moignon. On proposa aussi de traverser avec un trocart le tissu utérin à l'union du col et du corps et de passer à travers la canule deux fils de fer qu'il fallait serrer l'un à gauche, l'autre à droite. Une autre méthode consiste à traverser le col utérin à l'aide d'une broche en acier; une seconde placée au dessus, formant une croix avec la première. On entoure le col avec un fil de fer entre les deux branches et on serre à l'aide d'un constricteur, puis on sectionne l'utérus au-dessus de la ligature. On peut employer au lieu du fil de fer une forte ligature à la soie dont les chefs sont fixés à la paroi abdominale. Le pédicule tombe par nécrobiose dans un délai qui varie suivant son volume de dix jours à trois semaines, en expo-

sant la malade à divers dangers d'infection. Ce procédé primitif est abandonné aujourd'hui.

En 1895, Liénaux appliqua le procédé Porro à la Médecine Vétérinaire. Voici comment on opère d'après sa méthode : après anesthésie et désinfection préalable, on pratique la laparotomie sous ombilicale. On attire à l'extérieur les deux cornes utérines et on sectionne au-dessous de chaque ovaire entre deux ligatures au catgut bien serrées; à l'aide de ciseaux, on incise le ligament largé de chaque corne d'avant en arrière. La matrice n'est plus attachée à l'organisme que par son corps. Il faut alors fixer une ligature soit à la soie, soit au catgut. Cette ligature enserre le corps de l'utérus et en même temps les deux artères utérines. Avant de sectionner le corps de l'utérus au-dessus de la ligature, on immobilise celui-ci dans la plaie de la paroi abdominale. On prend les deux chefs de la ligature et on les passe de dedans en dehors à travers la lèvre correspondante de la plaie. Les deux chefs sont ensuite noués ensemble. On suture ensuite la plaie abdominale et ceci fait, on pratique la section du corps de l'utérus à un ou deux centimètres en dessus de la ligature. Le moignon faisant bourrelet, ne pourra pas rentrer spontanément dans l'abdomen. Il faut le désinfecter et le cureter si cela est nécessaire.

Un perfectionnement a été apporté à cette méthode. On complète la fixation du moignon par un surjet à

points séparés des lèvres du corps de l'utérus avec les lèvres de la paroi abdominale : c'est la suture à surjet circulaire. Cette méthode permet une fixation plus efficace du moignon qui est moins volumineux. La désinfection est facile et les soins consécutifs sont plus aisés.

Que devient le moignon ? Privé de toute circulation, il va se mortifier et se détacher spontanément après quelques jours. Or à ce moment les adhérences seront établies entre le pédicule et les lèvres pariétales de la plaie abdominale. Il restera une petite plaie granuleuse qui se rétractera et finira par disparaître.

Cette méthode possède à l'heure actuelle des partisans encore nombreux. L'Ecole de Lyon la préconise dans tous les cas. Ce procédé a en effet un grand avantage : il met le péritoine complètement à l'abri de l'infection dans les jours qui suivent l'opération. Aucun liquide septique ne peut s'écouler dans la cavité abdominale. Seulement il est nécessaire d'établir une bonne fixation du moignon. Malgré cela des accidents se produisent souvent. Le plus grave et le plus fréquent est dû à l'indocilité des bêtes opérées qui cherchent constamment à arracher leur pansement. Les sutures peuvent céder et le moignon suppurant peut rentrer dans la cavité abdominale où il provoquera la péritonite. Ce procédé présente d'autres inconvénients : le moignon suppure longtemps et les liquides septi-

ques répandus dans la plaie abdominale peuvent non seulement retarder la cicatrisation mais aussi provoquer des accidents graves par pénétration des germes dans la cavité abdominale.

Cautérisation du moignon.

En opérant sur une chienne à dystocie, Post plaça sur le corps de l'utérus deux ligatures et sectionna entre elles à l'aide d'un thermocautère. Ce premier cas fut suivi de mort. Bouchet reprit ce procédé et indiqua d'opérer de la manière suivante : la laparotomie étant faite, on sépare les cornes de leurs insertions jusqu'au niveau du col de l'utérus. On applique sur le corps deux ligatures prenant en même temps dans leur anse les artères utérines. On sectionne au bistouri entre ces deux ligatures et on cautérise à l'aide du thermocautère, le centre du moignon qui est formé par la muqueuse infectée. On abandonne le moignon dans la cavité abdominale et on termine par la suture de la paroi.

Cette méthode est très simple, mais malgré cette cautérisation, la stérilisation du moignon n'est pas parfaite et expose à l'infection péritonéale.

Mortification du moignon.

Pichard en 1905 indiqua ce procédé mais il ne semble pas que depuis il ait été employé en raison du peu de logique avec lequel son auteur l'établit.

Pichard opère sur une chienne à dystocie : après laparotomie il place deux ligatures à la soie sur le corps de l'utérus à environ trois centimètres l'une de l'autre, la plus postérieure juste en avant du col. Il sectionne ensuite entre ces deux ligatures puis il achève l'ablation de l'utérus, y compris les ovaires, par la section des ligaments larges. Une pince hémostatique spéciale est placée sur l'extrémité libre du moignon en avant de la ligature en masse, de façon à pouvoir fixer une suture en huit dont les deux extrémités, comme celles de la ligature en masse sont attachées à un petit bâtonnet. Les brins de fil de soie de la ligature en masse et de la suture en huit du moignon sont placés entre deux points de suture abdominale dans une position à peu près verticale.

Huit jours après la chienne arrache son pansement : de légères tractions font céder les ligatures de l'utérus. Il faut alors défaire deux points de suture abdominale pour libérer ces ligatures. La chienne guérit.

Ce procédé ne mérite pas d'être conservé.

Ligature simple du moignon.

C'est le procédé le plus simple et le plus rapide. Après laparotomie et section des insertions antérieures de l'utérus, on place en arrière du col utérin une ligature simple liant en un seul bloc le vagin et les deux artères utérines. En avant on place une pince à forcipressure et on sectionne entre la pince et la ligature. On désinfecte le moignon à l'iode et on l'abandonne dans la cavité abdominale. On peut de préférence placer une ligature en anse double enserrant dans chaque anse une artère utérine. Ce procédé serait suffisant si on opérât en milieu non infecté. Sur des chiennes d'expérience, dont l'utérus est sain, il donne les meilleurs résultats. Il a pour lui de grands avantages : l'opération à l'intérieur de l'abdomen ne dure pas plus de cinq minutes. Le professeur Cadéac soutient ce procédé car il estime que les conditions essentielles à la réussite sont la rapidité et la simplicité de l'intervention. Ce procédé permet de pratiquer une anesthésie de moins longue durée et par là même d'autant moins dangereuse. L'anesthésie locale peut suffire. La mortification intrapéritonéale du moignon est la plus dangereuse pour les suites de l'opération aussi cette méthode appliquée sur des utérus gravement infectés, doit aboutir fatalement à un échec.

Invagination du moignon.

Ce procédé consiste à attirer à l'aide de pincés, le moignon utérin dans le vagin. Cadiot préconise de placer deux ligatures en bloc sur le corps de l'utérus et de sectionner entre ces deux ligatures. Une pince à long mors est introduite dans le vagin, par la vulve, et saisit la partie postérieure du moignon qu'elle attire dans le vagin. Une fois le moignon suffisamment invaginé, il faut maintenir cette position, soit par une deuxième ligature en bloc, soit, de préférence, par une suture séro-séreuse en surjet ou à points séparés.

Les frères Pezet nous ont conseillé le procédé suivant qu'ils emploient couramment. On place sur chaque artère utérine deux ligatures au catgut et sur le corps de l'utérus deux pincés à mors de champ, distantes d'un centimètre l'une de l'autre. On écrase ensuite entre ces deux ligatures et pincés à l'aide d'une pince spéciale. Ce procédé a pour effet de refouler les liquides septiques et assure en même temps l'hémostase de l'extrémité libre du moignon que l'on désinfecte à l'iode. On cherche alors à enfouir vers le vagin. Pour cela on place une suture en bourse que l'on peut serrer à l'aide des deux chefs libres. On fait passer par le vagin une pince genre Williams pour saisir la partie maintenue par la pince à mors de champ qu'on enlève pour faciliter la prise. Une légère traction attire à l'intérieur,

du vagin le moignon que l'on fixe dans cette position par une suture séro-séreuse en surjet ou à points séparés.

Le grand avantage du procédé par invagination réside dans l'isolement du moignon ce qui écarte plus efficacement le foyer d'infection de la cavité péritonéale : le moignon se mortifie dans le vagin qui assure un drainage naturel. La bête opérée est dans de bonnes conditions pour guérir. Ce procédé est excellent; mais il n'est pas souvent applicable car il n'existe pas toujours une dilatation suffisante du vagin. C'est là le plus grand obstacle à l'invagination.

Enfouissement du moignon.

Nous n'avons trouvé aucune littérature relatant ce procédé qui n'est cependant pas récent. De nombreux vétérinaires parmi lesquels Barat, Mallet, Marcenac, l'emploient, avec succès dans tous les cas où il peut être appliqué. La marche de l'opération est la suivante : on peut attaquer l'utérus d'arrière en avant mais il est préférable de procéder d'avant en arrière. Après ligature et section des artères utérines, on applique une pince à un centimètre ou deux en arrière du col de l'utérus. Pour cela on se sert d'une pince à long mors dont chaque branche est recouverte d'un manchon de caoutchouc pour éviter de traumatiser l'or-

gane. On pratique alors la section du vagin en ayant soin de placer entre les intestins et l'utérus des compresses stériles qui absorberont les liquides septiques épanchés et protégeront le péritoine. Avec du catgut de grosseur convenable, on fait une première suture par surjet total des lèvres du vagin. Puis on pratique une deuxième suture enfouissante séro-séreuse en surjet ou à points séparés. Des pressions exercées à l'aide du bec de la sonde cannelée, favorisent cet enfouissement. Il faut rejeter totalement l'emploi de la soie pour le traitement du moignon : il peut se produire une suppuration car la soie se résorbe difficilement et joue le rôle d'un corps étranger. Le catgut à résorption lente doit être employé.

Ce procédé est excellent et facilite la cicatrisation rapide du moignon de même qu'un drainage naturel et efficace par le vagin. Les liquides ne peuvent s'écouler dans le péritoine en raison de la double suture à condition toutefois que la fermeture de la cavité vaginale soit hermétique. L'opérateur doit donc y apporter beaucoup de soin. La durée de l'opération est un peu longue. Ce procédé ne peut être employé dans tous les cas comme nous le verrons par la suite. Néanmoins c'est un traitement de choix qui doit donner le maximum de résultats.

Péritonisation du moignon.

Ce procédé mis au point par le professeur Coquot en 1914 marque la dernière étape dans les recherches faites pour le traitement du moignon. Cette méthode découle du procédé de Doyen en chirurgie humaine dont la spécialité consiste à ménager la séreuse péritonéale de manière à permettre la fermeture du péritoine pelvien et le traitement extrapéritonéal du moignon.

Le procédé Coquot, Lebasque, Mennerat comprend six temps.

Premier temps : Laparotomie; on écarte la vessie pour découvrir le cul-de-sac vésico-utérin. On place sur le corps utérin une pince en perforant avec la branche inférieure les ligaments larges. On évite ainsi l'écoulement des liquides septiques après section.

Deuxième temps : Isolement du croissant péritonéal. A l'aide d'une pince à mors plat, juste en arrière du col, on soulève le péritoine et avec des ciseaux on pratique une boutonnière. On introduit une sonde cannelée et on décolle la séreuse. On limite ce décollement à la face supérieure du vagin tout en s'efforçant de séparer les deux lames péritonéales des prolongements latéraux des ligaments larges sur une longueur de deux centimètres. Le croissant de péritoine étant bien délimité, on le tire en arrière à l'aide de pinces ce qui met à nu

le vagin. On ligature ensuite au catgut l'artère et la veine utérine de chaque côté,

Troisième temps : On incise le vagin transversalement juste en arrière du col entre les deux ligatures vasculaires et la pince placée sur le corps de l'utérus. Il faut pratiquer l'hémostase si cela est nécessaire et désinfecter ensuite le moignon ; puis on applique deux ou quatre points séparés au catgut sur la plaie de section : la cavité vaginale se trouve fermée.

Quatrième temps : Péritonisation du moignon : on suture par un surjet le croissant de péritoine décollé avec la face inférieure du vagin qui a conservé son revêtement séreux. Pour cela on emploie du catgut très fin (00). On doit opérer très soigneusement. C'est de la facture de ce surjet que dépend le succès opératoire.

Cinquième temps : Section des ligaments larges et pédicules utéro-ovariens puis sixième temps, lavage du péritoine et suture abdominale.

Au point de vue chirurgical, cette méthode est la plus parfaite et la mieux conçue : seulement on se heurte souvent à des difficultés insurmontables : au cours des manœuvres opérées pendant le deuxième et le quatrième temps, la fragilité du péritoine est souvent la cause de sa transformation en une véritable dentelle qui n'assure plus l'herméticité voulue. On tombe alors dans les inconvénients de la ligature simple du moignon.

Cette méthode n'est réalisable que sur les utérus normaux. Le péritoine d'un utérus gravide est trop distendu et trop fragile; aussi il n'offre pas la solidité voulue. La durée moyenne d'une hystérectomie par péritonisation est fort longue par rapport aux autres procédés. C'est là une mauvaise condition post-opératoire. Néanmoins cette intervention bien conduite est excellente.

TROISIÈME PARTIE

APPLICATION DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS.

Dans ce chapitre nous avons réservé l'étude de chaque indication principale de l'hystérectomie. Nous allons essayer de montrer quel est le procédé qui, suivant les circonstances et les possibilités d'application, doit présenter le moins de risques.

Nous allons étudier successivement ce qui se rapporte aux dystocias, aux affections aiguës ou chroniques de l'utérus et aux hernies.

I. — Cure obstétricale de l'hystérectomie.

Les dystocias sont très fréquentes chez nos petits animaux et le vétérinaire est souvent consulté. Le praticien appelé auprès d'une bête en difficulté de part, doit se décider hâtivement sur le moyen à employer pour tenter de sauver la mère et les petits. Une fouille vaginale renseigne aussitôt sur les possibilités de l'accouchement. Il y a un grand intérêt à se pro-

noncer dès le début, soit pour l'extraction forcée, soit pour l'hystérectomie.

Dans le cas de dystocie, l'hystérectomie est une opération que les vétérinaires qui exercent depuis longtemps la médecine canine reconnaissent comme très dangereuse : ils se décident difficilement à pratiquer une intervention dont l'issue est très douteuse. L'hystérectomie nécessite du soin et de l'aide et tous les praticiens ne peuvent pas se procurer cette aide qui est essentielle. Le propriétaire de son côté n'acceptera pas toujours une opération qui est « chère » et qui n'apporte que peu de garantie. Aussi beaucoup de praticiens préfèrent pratiquer l'extraction forcée suivie ou non de résultats. Certains ont une grande dextérité et arrivent à faire des accouchements très difficiles.

Devant l'impuissance totale des manœuvres obstétricales, et le plus souvent à la demande du propriétaire, le vétérinaire doit intervenir. Il y a intérêt à ne pas attendre car l'infection envahit très vite l'utérus qui est incapable de se défendre. Il est totalement contre-indiqué de pratiquer des manœuvres obstétricales sur une chienne que l'on opérera par la suite. Nous ne saurions trop insister sur ce point.

L'hystérectomie pratiquée tout au début du part ou après plusieurs jours d'attente, n'a plus les mêmes chances d'aboutir. C'est pourquoi, dans cette étude

nous divisons ce chapitre en deux parties suivant que l'intervention est précoce ou tardive.

A) Intervention précoce.

Dès que le praticien s'est rendu compte de l'impossibilité de l'accouchement, l'opération est décidée. A ce moment on a toutes chances de sauver la mère et les petits s'il en est encore temps pour ceux-ci. L'intervention doit être rapide. Chaque heure de retard est néfaste car la bête s'épuise en vains efforts et l'utérus peut s'infecter rapidement. Après la préparation du sujet qui comporte principalement une désinfection soignée du vagin, on fait la rachianesthésie ou plus simplement l'anesthésie locale. Après laparotomie, l'utérus est attiré au dehors de la plaie et bien isolé par des compresses stériles du reste de la cavité abdominale. On doit faire l'hystérotomie pour chercher à recueillir les petits vivants puis après ligature et section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments larges, on arrive au temps opératoire essentiel : le traitement du moignon.

La Marsupialisation n'est pas indiquée car à ce stade l'utérus est sain, contractile et le péritoine superficiel ne présente pas de lésions. La ligature simple du moignon est totalement à rejeter car le moignon peut être légèrement infecté et cette simple ligature expose

trop à l'écoulement des liquides septiques dans la cavité abdominale. La Péritonisation est difficilement applicable en raison de la distension du vagin et de l'utérus, le péritoine est très fragile ce qui est le principal obstacle à la pratique de ce procédé. On peut s'adresser à l'invagination ou mieux à l'enfouissement du moignon. C'est dans ce cas la méthode de choix. Le col utérin est dilaté, le vagin également, ce qui est la condition essentielle pour l'utilisation de ces deux procédés.

L'opération est simple : on refoule en avant les fœtus qui se trouvent engagés au niveau du col ; on pratique la ligature des artères utérines, on charge le vagin sur une grande pince à longs mors et on sectionne à deux centimètres en avant de la pince. On pratique la suture du moignon selon le mode indiqué. On enlève ensuite la pince, on vérifie l'hémostase, on lave le péritoine avec le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée et on referme la cavité abdominale.

Les résultats sont variables : il ne faut pas escompter plus de cinquante pour cent de guérisons. En opérant avec le maximum d'asepsie on pourrait peut-être augmenter ce taux, mais le choc opératoire et la péritonite ne permettront jamais d'atteindre un pourcentage élevé.

B) *Intervention Tardive*

C'est généralement dans ces circonstances que le vétérinaire est appelé à intervenir. Il n'est pas toujours possible d'agir comme dans le cas précédent. Le plus souvent on est consulté pour une chienne qui ne peut faire ses petits depuis plusieurs jours. On se trouve en présence d'une bête abattue, fiévreuse, présentant un écoulement vulvaire abondant et putride. L'utérus ne se contracte plus par suite des efforts continus effectués pendant un temps très long. Les conditions pour opérer sont donc très mauvaises. Le plus souvent les fœtus sont morts, quelquefois putréfiés. L'infection puerpérale s'établit très rapidement. Les germes infectants peuvent être apportés de l'extérieur ou venir directement des fœtus. La femelle est abattue par les longues fatigues des efforts de parturition : elle est sous le coup d'une intoxication gravidique. Le part produit un choc qui porte le désarroi de l'organisme à son maximum.

Les microbes agissent localement puis prennent possession rapidement de toute la muqueuse utérine; le délivre, les lochies, les caillots sanguins sont pour eux des milieux de culture très favorables. Par la voie lymphatique ils gagnent la profondeur du muscle utérin et le péritoine, formant des lésions de métropéritonite qui se généralisent rapidement. A ce moment la femelle

est irrémédiablement perdue. Quelquefois même la bête auprès de laquelle on est appelé présente déjà les symptômes de la péritonite : il ne faut plus songer à l'opération ; le pronostic est fatal. Ces germes et leurs toxines pénètrent dans le sang et, lancés dans la circulation générale, ils déterminent la septicémie puerpérale. Suivant les degrés de l'infection, y a-t-il lieu ou non de tenter l'opération ? Sur une bête encore vigoureuse, qui peut supporter le choc, on peut tenter l'opération à condition toutefois que l'utérus ne soit pas trop gravement infecté. Dans le cas de septicémie puerpérale il est inutile d'intervenir, car la parturiente succombe fatalement, quelquefois même au cours de l'opération. On ne décidera d'agir que sur la demande du propriétaire et après lui avoir indiqué qu'il n'y a aucune chance de succès. Quelle méthode doit-on employer ? Doit-on faire le traitement intra-péritonéal ou extra-péritonéal ? Nous accordons la préférence au traitement extra-péritonéal en employant le procédé Porro. Malgré les mauvaises conditions dans lesquelles il place l'opérée, c'est le seul qui met momentanément le péritoine à l'abri de toute infection. Il faut prévoir une voie d'écoulement aux liquides putrides qui vont s'éliminer à la suite de l'opération : le vagin est insuffisant à pouvoir l'assurer. Nous estimons que le traitement intra-péritonéal, quelque parfait qu'il soit, expose fatalement à la complication de péritonite.

L'anesthésie locale est entièrement suffisante; de plus, elle n'abat pas trop le sujet. Après laparotomie, on fait l'examen de l'utérus qui apparaît noir, verdâtre par endroits. On pratique le nettoyage de la cavité abdominale par des tamponnements qui enlèvent l'exsudat accumulé, puis on termine par un lavage minutieux au sérum physiologique tiède. L'utérus étant bien isolé, on va pratiquer la marsupialisation du moignon par surjet circulaire à la soie ou au catgut; le crin de florence est préférable. On désinfecte le moignon et après pansement, on enveloppe l'animal dans des couvertures chaudes. Ensuite on fait à l'opérée une injection de 150 gr. de sérum physiologique glucosé tiède, et d'huile camphrée (5 cm³).

Malgré tous ces soins, la mort survient dans le plus grand nombre des cas sans qu'on puisse l'empêcher. Les vétérinaires qui rencontrent souvent dans leur clientèle des cas semblables affirment ne pas pouvoir obtenir plus de dix pour cent de guérisons, et un ou deux pour cent seulement dans les cas graves.

Ces statistiques nous permettent de faire constater que dans la pratique courante, l'hystérectomie est une opération dangereuse. Malgré la rapidité d'exécution et tous les soins apportés, il ne faut pas compter sur beaucoup de succès.

II. — Traitement de la Déchirure Utérine par l'Hystérectomie

L'hystérectomie doit être pratiquée quand il y a déchirure de l'utérus. Quelle que soit la forme de la rupture, le pronostic est extrêmement grave. Il faut intervenir le plus rapidement possible pour chercher à sauver la mère.

Pendant la gestation, quand cette déchirure se produit, l'utérus n'est pas infecté et on aura toutes les chances pour réussir. Si on attend on peut voir survenir des complications par suite de l'hémorragie qui s'est produite.

Après laparotomie, on fait une toilette minutieuse de la cavité abdominale; on enlève les caillots sanguins, les fœtus et les enveloppes qui peuvent être mélangés aux anses intestinales et après désinfection de l'intérieur de la corne déchirée, on pratique l'hystérectomie d'avant en arrière.

Quel est le traitement à appliquer au moignon? S'il y a infection on utilisera le traitement extra-péritonéal (Porro). S'il n'y a pas d'infection, après aseptisation soignée du moignon, on pourra pratiquer l'enfouissement.

Suivant les facilités d'exécution, on fera l'hystérectomie totale ou sub-totale, mais on emploiera la première de préférence. Taskin signale deux interventions heureuses pratiquées par simple ligature au

niveau du col. L'intérêt qui s'attache à ces observations, est la possibilité d'une intervention chirurgicale suivie de résultat dans des cas apparemment désespérés.

Quand la déchirure de l'utérus est due à des manœuvres obstétricales mal faites, les liquides septiques souillent le péritoine. L'hystérectomie ne peut amener la guérison; il est inutile de la pratiquer.

III. — Traitement chirurgical de la métrite.

La métrite ou inflammation de la muqueuse utérine est aiguë ou chronique. Nous allons étudier les possibilités d'intervention dans ces deux cas.

A) *Métrite aiguë.*

La métrite aiguë est très grave, la femelle présente de la fièvre, de l'anorexie. Le flanc est rétracté et douloureux, la vulve est engorgée, rouge, et laisse écouler un liquide séreux au début, sanieux par la suite. La mort peut survenir en deux à trois jours. La désinfection par les voies naturelles n'est pas facile. Le seul traitement logique serait d'enlever le foyer d'infection. Seulement les chances de succès après l'intervention chirurgicale sont minimales en raison de l'état puerpéral si dangereux dans lequel se trouve la malade.

Nous estimons que l'hystérectomie est contre-indiquée car la femelle est débilitée et ne pourra supporter l'opération. Il est cependant des cas pour lesquels la guérison a été obtenue. Le pourcentage de succès ne doit pas être plus élevé que lorsqu'on opère tardivement sur une femelle à dystocie; aussi nous déconseillons d'intervenir chirurgicalement. Il vaut mieux chercher la guérison par les moyens ordinaires. On pourra obtenir ainsi le passage à l'état chronique dans un assez grand nombre de cas.

B) *Métrite chronique.*

La métrite chronique est l'affection de l'utérus pour laquelle nous pouvons affirmer que le seul traitement radical est l'hystérectomie. C'est en opérant sur des femelles atteintes d'affections chroniques de l'utérus que le vétérinaire obtiendra le maximum de succès. Les seuls moyens médicaux sont insuffisants à produire la guérison. Cela tient à l'épaississement de la muqueuse utérine et à la tendance qu'ont ces affections de former de petites logettes séparées où le pus s'accumule continuellement. Le traitement par injections antiseptiques demande de longs mois; le sondage de l'utérus est difficile et le vétérinaire seul peut le pratiquer. Toutes les thérapeutiques ont été essayées : ovules, autovaccins, antivirüs, etc. On conçoit donc la néces-

sité d'un traitement radical : seule l'hystérectomie répond à ce but.

L'opération n'est pas urgente, le vétérinaire a toute latitude pour bien préparer son sujet. Les lavages antiseptiques du vagin doivent être faits minutieusement. Le jour de l'opération on pratique un dernier lavage et on aseptise rigoureusement la région opératoire. Puis après une anesthésie efficace l'opération peut être commencée. On pratique la laparotomie, on place des compresses stériles pour isoler l'utérus et on examine minutieusement celui-ci. Il faut alors décider du mode opératoire à employer. Logiquement la marsupialisation doit être rejetée : malgré les chances de guérison, elle place l'opérée dans de mauvaises conditions post-opératoires et expose à des complications graves. Le praticien possède d'autres méthodes qui assureront plus certainement le succès. Dans tous les cas, on doit pratiquer l'hystérectomie totale. La désinfection préalable du vagin permet d'obtenir un moignon à peu près aseptique, aussi les chances d'infection consécutive sont diminuées. Malgré que nous ayons obtenu des résultats heureux en pratiquant la ligature simple du moignon, nous estimons que l'emploi de ce procédé est dangereux. On s'adressera donc soit à l'invagination et l'enfouissement, soit à la péritonisation du moignon. L'enfouissement est un bon procédé mais difficilement applicable dans ce cas,

car le vagin est souvent très étroit et très épais, ce qui empêche totalement de pouvoir pratiquer la suture enfouissante. On essaiera dans ce cas d'invaginer à l'aide de pinces introduites dans le vagin.

La péritonisation mérite une attention particulière. C'est pour la métrite chronique que cette méthode est seule possible : le péritoine est suffisamment solide pour pouvoir supporter sans déchirures les tractions effectuées au cours du décollement.

Les succès que nous avons obtenus et les statistiques que des vétérinaires praticiens nous ont communiquées, nous permettent de constater l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Dans quatre-vingt-dix pour cent des cas, on peut escompter la guérison, à condition toutefois d'opérer le plus aseptiquement possible.

En conclusion, l'hystérectomie est bien le seul traitement de toute affection chronique de l'utérus. Elle permet une guérison radicale en dix à douze jours, aussi nous devons l'employer systématiquement car les risques opératoires sont minimes par rapport aux grands avantages qu'elle procure.

IV. — Cure chirurgicale de l'hystérocèle.

Suivant que l'utérus est normal, gravide ou infecté, on agit différemment.

Quand l'utérus est sain et non gravide, on se borne

à pratiquer l'opération habituelle de la hernie, sans être obligé de sectionner cet organe, car la réduction est le plus souvent possible. Quand l'utérus est gravide, on ne doit pas attendre le terme du part pour intervenir ; il faut opérer le plus rapidement possible car le volume de l'utérus peut provoquer des accidents. On ne pratique l'hystérectomie que lorsque la grosseur des fœtus s'oppose à la réduction. Comme dans la technique classique de l'opération de la hernie inguinale, on procède à l'ouverture du sac, on détruit les adhérences s'il y en a. On peut alors attirer la corne utérine à l'extérieur ; on cherche à saisir le pédicule utéro-ovarien sur lequel on place deux ligatures au catgut. Si on ne peut atteindre les ovaires, on fait les ligatures le plus près possible de l'extrémité des cornes. On sectionne entre les deux ligatures et avec les ciseaux droits on incise le ligament large au-dessous de l'artère utérine. A ce moment, s'il est possible de recueillir les fœtus vivants, on pratique l'hystérectomie.

L'hystérectomie totale est impossible à pratiquer par la voie inguinale : on arrive à isoler l'utérus à peine au niveau du corps, aussi il n'est possible de faire que l'hystérectomie *subtotale*. Quelquefois les deux cornes gravides sont herniées mais le plus souvent on n'en trouve qu'une seule. Dans ce cas on fait l'hystérectomie partielle.

On peut poser une forte ligature en arrière du der-

nier fœtus, enserrant la corne et l'artère. A un centimètre en avant on place une pince et on sectionne au bistouri entre la pince et la ligature; on cautérise le moignon à l'iode. On peut aussi pratiquer la ligature en anse double. Ce procédé n'expose pas à l'infection quand l'utérus est sain et la péritonite ne surviendra que si l'opération est faite sans asepsie.

Quand la corne est volumineuse, on pratique l'enfouissement du moignon à l'aide de deux sutures, la première perforante pour fermer la cavité utérine, la seconde enfouissante séro-séreuse. S'il y a hernie des deux cornes on essaiera de pratiquer la section de l'utérus au niveau de son corps.

On refoule ensuite le moignon dans la cavité abdominale et on termine l'opération d'après la technique classique.

L'hystérectomie partielle peut ne pas donner par la suite de complications : Naroux cite le cas d'une chienne qui après ablation partielle accoucha le lendemain d'une façon normale.

Dans le cas de métrite chronique, la muqueuse utérine est infectée, on n'emploiera pas la ligature simple mais l'enfouissement du moignon.

Quand la hernie est réductible et quand l'hystérectomie est nécessaire en raison d'une métrite, on peut opérer par voie abdominale. Nous avons eu l'occasion d'intervenir dans ces circonstances sur une

chienne à hernie volumineuse à droite, de la grosseur du poing, renfermant un utérus infecté (métrite, rétention anormale des fœtus). Nous avons pratiqué l'hystérectomie abdominale, puis nous avons placé sur l'anneau inguinal supérieur droit trois ligatures au catgut. Cette méthode avait pour but de traiter en un seul temps deux affections bien distinctes. Mais nous n'avons enregistré qu'un succès partiel. La chienne guérit très bien de sa métrite, mais quelques jours après l'opération, on vit réapparaître une petite hernie de la grosseur d'une noix, due à la présence cette fois d'une anse intestinale.

Malgré cet échec, nous estimons que ce mode opératoire a l'immense avantage de ne nécessiter qu'une seule intervention et doit pouvoir assurer le traitement de l'utérus infecté et la cure définitive de la hernie.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS.

La syncope peut survenir pendant l'opération, quelquefois même au moment de l'anesthésie quand la bête est très affaiblie. Elle est très dangereuse et malgré une intervention rapide elle occasionne la mort.

L'hémorragie provient d'une hémostase défectueuse : les symptômes apparaissent dans les heures qui suivent l'opération et la bête peut succomber. Aussi, avant de fermer la plaie abdominale on doit s'assurer que toutes les ligatures donnent une hémostase parfaite.

Le choc opératoire est fréquent car l'hystérectomie est une opération délabrante. La femelle opérée est dans un état de prostration extrême. Il faut soutenir la malade par des excitants et toniques généraux (huile camphrée, sérum caféiné ou glucosé).

La suppuration de la plaie abdominale s'établit quand la chienne a défait son pansement et souillé la plaie. Il faut drainer convenablement, refaire un pansement sec tous les jours et appliquer des compresses tièdes et antiseptiques. La suppuration peut pro-

venir aussi d'un manque d'asepsie au cours de l'opération.

La hernie est fréquente au niveau de la plaie de cicatrisation. Le plus souvent la peau est bien cicatrisée mais quelques points de la suture abdominale ayant lâché, on peut voir apparaître une petite tumeur de grosseur variable. Cet accident semble plus fréquent chez la chatte que chez la chienne. On peut voir survenir une éventration quand la chienne a ouvert la plaie abdominale après avoir déchiré son pansement. Le pronostic est très sombre : la péritonite se déclare.

La péritonite est la complication la plus redoutable et la plus fréquente. Quelquefois elle résulte d'une aseptie défectueuse au cours de l'opération, mais le plus souvent elle provient de la suppuration du moignon. Elle amène la mort entre le troisième et le neuvième jour après l'opération. Les moyens pour la combattre sont défectueux; aussi, quand elle se déclare, on doit considérer l'opérée comme perdue.

SOINS CONSECUTIFS.

Les soins consécutifs de l'hystérectomie doivent être pratiqués minutieusement. Tout d'abord, au sortir de la salle d'opération, l'animal doit être enveloppé dans des couvertures et placé dans une niche bien chauffée.

Le deuxième jour on commence à donner du lait tiède; la quantité sera augmentée de jour en jour à condition qu'il n'y ait pas de vomissements. Un régime plus substantiel sera institué après une semaine de traitement.

On est souvent obligé de soutenir l'état général : pour cela on pratique des injections d'huile camphrée ou des injections de sérum physiologique catéiné ou glucosé.

La température doit être prise deux fois par jour de façon à déceler tout mouvement fébrile dû à l'inflammation au niveau de la plaie abdominale.

S'il n'y a pas de fièvre, le pansement primitif est laissé pendant cinq jours; on enlève les points de suture cutanée, après quoi on lave à l'éther. La suture définitive est obtenue au neuvième jour.

S'il y a suppuration, on défait quelques points de suture; on refait les pansements tous les jours et on désinfecte la plaie. Chez la chatte, la suppuration est assez fréquente car la peau cicatrise très mal et donne souvent des escharres qui s'éliminent. On traitera par des antiseptiques tièdes et des poudres absorbantes; le pansement sera refait tous les jours.

OBSERVATIONS

Observation I. — Chatte à métrite chronique. 10 ans. Guérison.

La chatte qui le mois précédent subit une parturition difficile, est présentée à la consultation où le diagnostic de métrite chronique est posé. L'hystérectomie est décidée. La rachianesthésie nous donne un mauvais résultat si bien que, au cours de l'intervention, nous sommes obligés d'employer le masque à éther. L'utérus est sectionné en arrière du col, après la mise en place d'une ligature en anse double. Le moignon est ensuite cautérisé à l'iode. La suture abdominale à deux plans est faite à l'aide du catgut et la suture de la peau à la soie.

La température qui, le jour de l'opération, était de 38° 2 ne subit par la suite aucune élévation notable. Quatre jours après l'opération, nous enlevons le pansement : une très légère suppuration s'est emparée de la plaie. Après des soins journaliers, la plaie cicatrise très bien, mais en région postérieure, il subsiste une légère hernie.

Observation II. — Chatte persane. 3 ans. Métrite chronique. Guérison.

La chatte a présenté les symptômes de la grossesse. Un mois après, le ventre est redevenu normal, mais à partir de ce moment, la chatte a évacué par la vulve un liquide séro-purulent qui a permis d'établir le diagnostic de métrite.

L'hystérectomie est décidée. L'anesthésie est pratiquée par une injection de 4 ctg. de morphine, suivie d'administration de chloroforme. Le moignon est traité par une forte ligature en anse double, juste en avant du col. Le pansement est laissé en place pendant quatre jours. La température n'a pas augmenté mais six jours après l'opération, la suppuration s'établit sur une partie de la plaie : la chatte est prostrée, ne mange plus. Il est nécessaire de lui pratiquer des injections de sérum physiologique et d'huile camphrée; la désinfection de la plaie est faite journellement. La chatte reprend alors son appétit et la plaie cicatrise rapidement. Une légère hernie subsiste en région pubienne par suite du relâchement d'un point de suture musculaire.

Observation III. — Chienne berger. 5 ans. Dystocie. Mort.

La chienne est en difficulté de part depuis trois jours. L'état général est très alarmant : on constate un écou-

lement vulvaire abondant et putride; la muqueuse vaginale est tuméfiée. C'est sur la demande pressante du propriétaire que l'hystérectomie est décidée en dernière ressource.

Après anesthésie locale, l'ouverture du péritoine, donne écoulement à une abondante quantité de liquide : l'utérus est énorme et noirâtre; on relève de nombreuses traces de péritonite localisée. La section de l'utérus est faite au niveau du col après fixation à la paroi abdominale par un fort surjet circulaire au catgut (marsupialisation).

La chienne meurt le lendemain de l'opération.

Observation IV. — Chienne Cocker, 3 ans. Métrite aiguë. Mort.

Depuis deux jours la chienne fait des efforts infructueux pour accoucher. L'extraction forcée a déjà été pratiquée. Quand on nous présente l'animal, la chienne est abattue et présente un écoulement vulvaire putride; le ventre est énorme et à la palpation il nous semble qu'un fœtus est à l'intérieur de la matrice. L'opération est décidée sans grand espoir.

Le moignon utérin est traité par enfouissement. L'utérus est volumineux et contient la totalité des enveloppes fœtales, de plus il présente des signes très nets d'une métrite aiguë très prononcée.

La température augmente au troisième jour de un

degré et le 4^e jour la chienne meurt. L'autopsie nous décèle une légère péritonite localisée au moignon et des signes de septicémie généralisée.

Observation V. — (chienne griffon. 2 ans. Métrite. Guérison.

L'opération a été pratiquée par M. Marcenac. L'opérateur trouve dans l'abdomen un utérus énorme qu'il attaque d'arrière en avant; le moignon est traité par enfouissement au moyen de sutures à la soie. L'utérus est ensuite libéré de ses insertions antérieures et la paroi abdominale refermée.

La chienne est relevée de la table d'opération sans qu'aucun pansement ne lui soit appliqué, puis enfermée dans une cour sans aucun soin particulier et avec sa ration ordinaire de soupe. Un mois après la chienne est en parfaite santé. Seule une légère suppuration de la plaie abdominale subsiste.

Observation VI. — (chienne Bleu d'Auvergne. 4 ans. Métrite chronique. Guérison.

Pendant plus d'un mois, le traitement médical de la métrite chronique est appliqué à cette chienne sans aucun résultat appréciable. L'hystérectomie est alors décidée. Rachi-anesthésie. Nous pratiquons l'ablation de l'utérus d'avant en arrière par la section en arrière du col après avoir obturé la lumière vaginale

et suturé le péritoine. L'utérus enlevé est du volume d'un doigt : ses parois sont épaissies et la muqueuse interne est suppurante.

La chienne garde son pansement pendant 5 jours et la guérison est définitive au bout de 10 jours sans qu'aucune élévation de température ne se soit produite.

Observation VII. — (Chienne berger. Métrite chronique par rétention fœtale, hernie inguinale utérine. Guérison.

Le traitement médical institué ne réussit pas. Fréquemment on retire des débris fœtaux à la suite des injections antiseptiques; aussi l'hystérectomie est-elle décidée. La hernie inguinale est réductible, de la grosseur du poing environ. Nous pratiquons l'opération sous le couvert de la rachi-anesthésie. Après réduction de la hernie sur la table d'opération, nous pratiquons la laparotomie sous-ombilicale.

L'utérus n'est pas très volumineux, mais ses parois sont épaissies et on constate à la palpation la présence de nombreux débris fœtaux. Le moignon est traité par enfouissement après désinfection préalable.

C'est alors qu'à l'aide d'une aiguille courbe et de catgut n° 1, nous réussissons avec un peu de difficulté à suturer l'anneau inguinal supérieur de trois points de suture séparés.

La plaie abdominale cicatrise par deuxième intention, mais huit jours après l'opération, une légère her-

nie inguinale a réapparu sans doute par le relâchement d'un des points de suture. Cette hernie a environ le 1/5^e du volume de la précédente, mais ne produit aucune gêne sensible si bien que 12 jours après l'opération la chienne, guérie, retourne chez son propriétaire.

CONCLUSIONS

En résumé, nous devons intervenir chirurgicalement sur l'utérus chaque fois que celui-ci présente une affection aiguë ou chronique nécessitant son ablation.

Le vétérinaire doit préférer l'hystérectomie à l'extraction forcée qui est une manœuvre aveugle, très dangereuse, souvent insuffisante. L'hystérectomie doit détrôner la vieille hystérotomie ou opération césarienne qui est difficile, insuffisante aussi, présentant beaucoup de dangers en raison de l'abandon dans la cavité abdominale d'un organe le plus souvent infecté, plus ou moins bien suturé, et qui ne tarde pas à laisser répandre des germes infectants dans la cavité péritonéale.

L'ablation de l'utérus n'a d'inconvénients que pour la chienne de grande valeur, utilisée pour la reproduction. Le plus souvent le propriétaire consent de lui-même à faire ce sacrifice. L'hystérectomie permet de conserver l'animal à l'affection de son maître : c'est là son principal intérêt.

Les résultats que nous avons obtenus et l'avis autorisé de nombreux confrères qui opèrent fréquem-

ment, nous permettent de constater que l'hystérectomie n'assure pas toujours des résultats heureux.

Comme cure obstétricale, l'hystérectomie est une opération dangereuse, et l'espoir que l'on place en elle est souvent trompé. Le praticien doit opérer avec prudence et refuser son intervention chaque fois qu'il ugera ne pouvoir réussir. Ce n'est qu'après avoir indiqué tous les risques au propriétaire et sur la demande de celui-ci, qu'il pourra décider l'opération.

L'hystérectomie, comme thérapeutique des affections chroniques de l'utérus, a une valeur incontestable et mérite d'être plus connue et plus couramment employée.

C'est en opérant dans ces circonstances, que le vétérinaire possède le moyen de mettre en valeur notre chirurgie canine; aussi nous ne saurions trop recommander de ne rien négliger pour cela : les soins les plus minutieux doivent être apportés; l'asepsie la plus rigoureuse doit régner du début à la fin de l'opération.

L'hystérectomie est simple par elle-même et facile à pratiquer; elle assure une guérison définitive en un temps relativement court. Elle permet d'écarter le traitement long, difficile et coûteux, le plus souvent suivi de non réussite. Aussi le vétérinaire ne doit pas hésiter à la proposer au propriétaire de l'animal ma-

lade, qui ne demandera pas mieux de supporter les frais de l'opération. Celle-ci faite consciencieusement a toutes les chances de réussir et elle permettra au praticien d'enregistrer le maximum de succès.

Vu : Le Doyen,

L'assesseur,

BALTHAZARD.

Vu : Le Président,

JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- André.** — Echo vétérinaire belge 1905, page 73.
- Brissaud-Pinard-Reclus.** — Pratique Médico-chirurgicale t. III, 1907.
- Bouchet.** — Bulletin de la Soc. Cent. de Méd. Vét., 1906, p. 473.
- Bergeon.** — Revue vétérinaire 1906, p. 295, et Journal de Médecine vétérinaire, 1902, p. 161.
- Beugnot.** — Dictionnaire de Méd. et chir. Vétérinaire, 1836.
- Bouley (H.).** — Nouveau Dict. pratique de Méd., chir. hyg., t. XV p. 721.
- Bissauge et Naudin.** — Bulletin Vétérinaire, 1906, p. 548.
- Cadiot et Almy.** — Traité de Thérapeutique chirurgicale, 1924.
- Charmoy.** — Bull. de la Soc. Cent. de Méd. Vét. 1913, p. 262, et Recueil de Médecine vétérinaire 1914, p. 442.
- Coquot.** — Recueil de Médecine vétérinaire, 1915, p. 585.
- Chanier.** — Revue générale de Médecine vétérinaire, 1906, p. 389.

- Cadiac.** — Pathologie chirurgicale.
- Doyen (E.).** — Traité de Thérapeutique chirurgicale et technique opératoire, t. V, p. 419.
- Degive.** — Précis de Médecine opératoire, 1908, p. 508.
- Drouin.** — Bulletin de la Soc. cent. de Méd. vét. 1900, p. 468.
- Dubois.** — Bulletin de la Soc. cent. de Méd. vét. 1908, p. 389.
- Ellemberger et Baum.** — Anatomie du chien (traduit de l'allemand).
- Faure (J. L.).** — L'hystérectomie 1906.
- Fayet.** — Bulletin de la Soc. de Pathol. Comparée, 1922, p. 136.
- Gray.** — The Veterinary Journal, 1909, page 9.
- Guittard.** — Progrès vétérinaire, 1905, p. 471.
- Hurtrel d'Arboval.** — Dict. de Méd. et chir. vét., 1839, t. VI, p. 300.
- Herbet.** — Journal de Méd. vét. et zootechnie, 1914.
- Herbet.** — Journal de Méd. vét. et zootechnie, 1914, page 8.
- Hobday.** — Journal de médecine vétérinaire, 1896, page 361.
- Jaccoud.** — Nouveau Dict. de Méd. et chir. 1885, t. VI, p. 688, t. 37, p. 883.
- Jacques-Petit-Suzeau.** — Bull. de la Soc. cent. de Méd. vét. 1922, p. 487.
- Ledentu-Delbet.** — Traité de chirurgie, t. X, p. 723.

- Liénaux.** — Annales de Médecine vétérinaire, 1895, p. 76.
- Lejars.** — Chirurgie d'Urgence, 1900, p. 410.
- Lepinay.** — Revue de Pathologie comparée, 1909, p. 27.
- Lesage.** — Bull. de la Soc. cent. de Méd. vét. 1913, p. 215.
- Mathis.** — Bull. de la Soc. de Sc. vét. de Lyon, 1904, p. 311.
- Moussu.** — Recueil de Médecine Vétérinaire, 1900 p. 105.
- Pichard.** — Bull. de la Soc. Vét. de Lyon, 1905. p. 31.
- Post (G.).** — Revue générale de Méd. vét., 1904, p. 38.
et Annales de Méd. Vét., 1903, p. 45.
- Pignet.** — Recueil de Méd. Vét., 1909, p. 780.
- Robin (V.).** — Obstétrique vétérinaire, 1923.
- Richard.** — Revue vétérinaire, 1910, p. 349.
- Schwartz et Mathieu.** — Pathologie des organes génito-urinaires, p. 334.
- Sutton.** — The Veterinary Record, 1904, p. 325. et
the Veterinary Journal, 1909, p. 311.
- Spartz.** — Recueil de Médecine vétérinaire, 1904, p. 358.
- Taskin.** — Bull. de la Soc. cent. de Méd. vét. 1926.
- Thomas.** — The Journal of comparative Pathology
and therapeutic, 1907, p. 62.
- Villemin.** — Bull. de la Soc. vét. de Lyon, 1904, p. 344.
- Wooldrige.** — The Veterinary Journal, 1908, p. 304.
- Van Goidenshoven.** — Annales de Méd. vét. 1903, p. 428.
- Zundel.** — Dict. de Méd. chir. et hyg. vét. 1875, t. II,
p. 909.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIERE PARTIE.

Introduction	7
Historique	9
Anatomie chirurgicale	11
Indications de l'hystérectomie	16
Contre-indications de l'hystérectomie	20
Préparation du sujet	21
Instruments	22
Anesthésie	23
Asepsie	24

DEUXIEME PARTIE.

<i>I^{er} Chapitre.</i> — Technique générale de l'hystérectomie	25
<i>II^e Chapitre.</i> — Traitement chirurgical du Moignon	32
1 ^o Marsupialisation du moignon	33
2 ^o Cautérisation — —	36
3 ^o Mortification — —	37
4 ^o Ligature simple — —	38
5 ^o Invagination — —	39
6 ^o Enfouissement — —	40
7 ^o Péritonisation — —	42

TROISIÈME PARTIE.

Application des différents procédés	45
1 ^o Cure obstétricale de l'hystérectomie	45
2 ^o Traitement de la déchirure utérine	52

3° Traitement chirurgical de la métrite	53
4° Cure chirurgicale de l'hystérocèle	56
Accidents et complications	60
Soins consécutifs	62
Observations	64
Conclusions	70
Bibliographie	74

